

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 26

DE

L'INVAGINATION INTESTINALE

par Tumeur

ET EN PARTICULIER PAR LES

MYOMES DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT MAGNOUX

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Moulins (Allier), le 21 Décembre 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 26

DE
L'INVAGINATION INTESTINALE
par Tumeur

ET EN PARTICULIER PAR LES

MYOMES DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT MAGNOUX

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Moulins (Allier), le 21 Décembre 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSRUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON, (A.)	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. ROLLET, et DOYON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE

ET A MA TANTE GRANGEON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A Monsieur le Docteur X. DELORE

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A l'Ecole du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Les invaginations intestinales par tumeur de l'intestin, que celle-ci soit bénigne ou maligne, constituent un fait intéressant au point de vue chirurgical et, sans être très fréquentes, sont loin d'être une rareté.

On en parle un peu partout, dans les divers traités, mais d'une façon peu précise. Il n'existe, sur ce sujet, qu'une thèse de Paris (1883) où l'auteur, Clos, ne s'occupe, d'ailleurs, que du lipome de l'intestin et de l'invagination qu'il provoque.

Les observations éparses dans la littérature médicale sont assez nombreuses, au contraire, concernant des tumeurs de nature très diverse.

Parmi celles-ci il nous a semblé que le myome de l'intestin occupait une place assez importante pour mériter d'être l'objet d'un travail. Nous nous sommes donc proposé d'étudier le myome de l'intestin, particulièrement dans ses rapports avec l'invagination intestinale.

D'ailleurs, en dehors de l'intérêt même qui s'atta-

che à ces faits d'invagination par myome, il résulte de leur étude des considérations qui se rapportent à tous les polypes intestinaux.

Nous présenterons d'abord quelques détails concernant les invaginations intestinales par tumeur en général, et nous étudierons le mécanisme de formation de ces invaginations spéciales.

Puis nous résumerons les connaissances actuelles sur les myomes de l'intestin et nous montrerons que la principale complication de ces tumeurs est l'invagination.

L'histoire clinique, le pronostic, le diagnostic et le traitement de ces invaginations termineront enfin ce travail pour lequel nous réclamons toute l'indulgence de nos juges.

Nous prions M. le professeur Poncet de croire à toute notre reconnaissance respectueuse à son égard pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui de vouloir bien présider notre thèse, et pour les enseignements précieux que nous n'avons cessé de recueillir dans le service chirurgical d'un maître aussi éminent.

CHAPITRE PREMIER

De l'invagination intestinale par tumeur en général.

Le fait qu'une tumeur de l'intestin peut donner lieu à une invagination est bien connu, et depuis longtemps. Peyer, Ruysch, Ledran, en ont parlé. Clos, dans sa thèse de doctorat (1883, Paris), réunit 14 cas d'invagination, par polype de l'intestin. Leichtenstern, sur 593 cas d'invagination, trouve 30 fois un polype comme cause : en d'autres termes, 5 0/00 des invaginations sont produites par des polypes. Dans les statistiques plus récentes de Braün (1886), et de Rydygier (1896), qui comprennent 152 cas d'invagination, 19 fois l'invagination résulte de la présence d'une tumeur, ce qui fait 12,5 0/00.

Les tumeurs qui peuvent donner lieu à une invagination sont aussi bien malignes que bénignes : le fait est aujourd'hui indiscutable, mais il est de connaissance assez récente. Leichtenstern ne rapporte

que 4 cas d'invagination par tumeur maligne, dus à Knauss, Quain, Cruveilhier et lui-même.

Clos, dans sa thèse de 1883, affirme la possibilité pour un cancer de prendre la forme polypeuse et de provoquer ainsi une invagination, mais il n'en cite aucun cas. Depuis, par les travaux de Fleiner, de Ritter et surtout de Lejars, ces faits d'invagination « néoplasique », sont beaucoup mieux connus.

Somme toute, ils sont assez rares, plus rares que les faits d'invagination par tumeur bénigne. Il est facile d'en comprendre la cause. C'est que le cancer infiltre en masse la paroi, et crée des adhérences avec les organes voisins ; finalement, il provoque, dans la grande majorité des cas, l'occlusion de l'intestin par suite de son développement progressif dans la lumière du canal. Dans ces conditions, la paroi intestinale indurée et rigide, a bien peu de tendance, même au début, à se replier, à s'invaginer.

Pour qu'un cancer intestinal puisse provoquer une invagination, il faut donc, pour ainsi dire, des conditions inverses : c'est ce qui arrive, en effet, quand la néoformation maligne prend la forme polypeuse, ou encore quand elle se développe au niveau de la valvule de Bauhin, laissant au cœcum sa mobilité. L'anse iléo-cœcale, c'est-à-dire la fin de l'iléon, la région valvulaire, le cœcum, est le siège de prédilection de ces invaginations cancéreuses. Nous n'en avons pas trouvé moins d'une vingtaine de cas dans la littérature médicale.

D'autres observations, en nombre plus faible, se rapportent à des cas d'invagination par tumeur mali-

gne, de l'intestin grêle, du gros intestin et du rectum ; ces derniers cas sont une véritable rareté puisque Ritter, dans sa thèse de Greifswald (1895), n'en connaissait que 3 cas.

Au point de vue de leur nature, ces tumeurs malignes invaginant sont citées par les auteurs sous le nom de carcinomes, adénocarcinomes, sarcomes. Lejars a observé un cas de lymphadénome de la valvule de Bauhin (Soupault, examen confirmé par Brault et Letulle).

Quant aux invaginations elles-mêmes, elles présentent deux caractères qui méritent quelques détails : ce sont leur grande longueur et leur irréductibilité. Cette longueur fait que souvent la tumeur a un point de départ inattendu d'après les notions fournies par le palper abdominal, avant l'opération. C'est ainsi qu'une invagination, partie du cœcum, peut parcourir tout l'arc colique, s'avancer même jusque dans le rectum où le toucher la décelera avec la tumeur à sa tête ; dans quelques cas rares, le boudin d'invagination peut même sortir par l'anus. Il en résulte que des résections étendues de l'intestin seront nécessaires dans ces cas, précisément à cause de l'irréductibilité. Celle-ci est due soit au volume de la tumeur qui est en tête, soit aux adhérences qui ont eu le temps de s'établir, étant donné l'allure lente et la marche progressive de l'invagination. Ces données anatomo-pathologiques sont la condamnation des manœuvres de désinvagination et, en fait, d'après l'histoire opératoire des divers malades, on peut constater qu'elles ont été presque toujours nuisibles.

Arrivons maintenant aux tumeurs bénignes, aux polypes intestinaux. Ces tumeurs peuvent se développer aux dépens des différentes tuniques intestinales. Dubreuil, dans son intéressant mémoire adressé à la *Société Anatomique de Paris*, en 1864, considère que les polypes de l'intestin sont formés soit par hypertrophie muqueuse, soit par hypertrophie celluleuse, soit par hypertrophie musculaire. Il rapporte neuf cas de polypes de l'intestin grêle et dans la presque totalité des cas (8 fois sur 9), il survint une invagination.

Heisig, dans sa thèse de Greifswald (1897), à propos d'un cas de myxo-fibrome polypeux qu'il avait observé et qui avait produit une invagination, fit quelques recherches mais ne put trouver que 4 cas de lipomes, 2 d'adénomes, 1 de myome et 1 polype muqueux (4 invaginations).

De telles statistiques n'avaient pas la prétention d'être complètes, mais elles donnent bien, cependant, une idée relative de la rareté de ces polypes.

En réalité, les adénomes polypeux sont assez fréquents, ils peuvent donner lieu à des invaginations; on en trouve de nombreux exemples dans les *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*. Ils sont quelquefois multiples et on a, alors, affaire à une affection particulière : la polypose intestinale, à laquelle beaucoup d'auteurs attachent une signification de dégénérescence. Quénu et Landel (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1899) viennent d'en recueillir environ 45 as. Des invaginations multiples peuvent alors se produire.

On rencontre aussi des lipomes. Ces lipomes peuvent être de deux sortes : sous-péritonéaux ou sous-muqueux. Ces derniers, qui sont seuls en rapport avec l'invagination intestinale sont très rares. Clos, dans sa thèse sur le lipome de l'intestin, n'en connaissait que 6 cas. Un auteur allemand Hiller vient de faire paraître dans les Archives de Bruns (*Beitrag zur Klinische Chirurgie* 1899) un travail sur le lipome intestinal dont il a pu réunir 22 cas. Sur ces 22 cas il signale 9 invaginations. Il reste à citer les fibromes, fort peu nombreux, dit Heurtaux, si l'on s'en rapporte à des chirurgiens d'une pratique étendue, et enfin les myomes de l'intestin (1).

Ces myomes ont été peu étudiés jusqu'ici; dans les différents traités on ne fait que les signaler très brièvement et les éléments de leur étude sont disséminés un peu partout dans les diverses publications scientifiques, surtout en Allemagne. Ces tumeurs provoquent facilement l'invagination intestinale. Ce sont ces faits que nous nous proposons d'étudier.

(1) Les deux travaux sur les myomes intestinaux de HEURTAUX et de R. STEINER (v. Bibliographie) sont les plus importants, le dernier surto ut. Enfin, Heurtaux dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de novembre 1899, annonce un travail sur les myomes pour un numéro suivant.

Mécanisme

La question du mécanisme de l'invagination intestinale a toujours été discutée, soit parce qu'on n'apportait dans le débat que des vues théoriques, soit parce que les expériences instituées pour la défense des théories reposaient sur des bases antiphysiologiques et conduisaient ainsi à des résultats inexacts.

C'est seulement à partir des travaux de Bram-Houckgeest et de Sanders-Ezn, en 1872, qu'une technique rigoureuse fut établie dans les expériences sur les mouvements de l'intestin. Au lieu d'ouvrir simplement la cavité abdominale et d'étaler à l'air libre les anses intestinales rapidement refroidies, desséchées et cyanosées, ces auteurs plongeaient l'animal tout entier, sauf la tête, dans un bain de Na Cl à 60/00 et à 38°, aussi longtemps que durait l'expérience. Plus tard, on imagina aussi de mettre l'animal dans un espace clos maintenu à la température rectale et saturé de vapeur d'eau.

C'est d'après cette technique qu'ont été obtenues nos connaissances actuelles sur la physiologie du péristaltisme intestinal normal.

Quant aux mouvements anormaux de l'intestin et aux vices de position qui en résultent, les recherches expérimentales qui les concernent se réduisent à peu de chose.

En France, la question de l'invagination est ainsi

résumée par Rafinesque ; le mécanisme peut se ramener à deux théories : la théorie mécanique, pénétration d'une anse intestinale dans l'anse voisine sous l'influence de la pesanteur, que ce soit son propre poids, le poids des matières fécales, ou celui d'un corps étranger qui agisse, et la théorie physiologique, enfoncement d'une anse contractée et rigide (et allongée par le fait même de sa contraction), par le péristaltisme des parties qui précèdent, dans une anse immobile et relâchée qui la continue. Dans cette seconde théorie, la plus généralement adoptée, il y a donc d'un côté contractilité intacte ou exagérée d'une partie de l'intestin, et de l'autre l'inertie, la parésie ou la paralysie de la partie voisine.

En Allemagne, Nothnagel a édifié une troisième théorie qui repose sur des expériences faites sur le caniche. Elle se rapproche de la théorie dite physiologique, puisqu'elle met en cause la contraction des couches musculaires de l'intestin, mais elle en diffère par la façon tout autre dont elle comprend l'action de la musculature intestinale dans les deux anses voisines considérées. Tandis que la théorie physiologique pourrait être nommée « théorie paralytique » (car en définitive le point le plus caractéristique est l'existence d'une portion immobile, inerte relâchée ou paralysée, dans laquelle une portion contractée s'introduit) la théorie de Nothnagel mérite le nom de « théorie spasmodique ».

Cet auteur appliquait un courant faradique sur l'intestin d'un caniche et voyait se produire, en ce point, une contracture très limitée, en forme d'an-

neau. Puis, l'intestin situé au-dessous se déplaçant de bas en haut dans une direction antipéristaltique, probablement sous l'influence des fibres musculaires longitudinales, montait pour envelopper extérieurement l'anneau de contraction. Ainsi se constituait définitivement l'invagination. Pendant ce temps on pouvait constater que la portion d'intestin située au-dessus de la partie circulairement contractée ne prenait aucune part à la formation de l'invagination. Jamais Nothnagel ne put voir le bout supérieur entrer par ses propres mouvements dans un bout inférieur relâché.

L'invagination, une fois constituée, son accroissement, qui se fait aux dépens de la partie inférieure, s'explique primitivement par la persistance des causes qui lui ont donné naissance et, secondairement, par la contraction normale de l'intestin.

Il est vraisemblable de croire que la tête de l'invagination, solidement saisie par l'intestin qui l'enveloppe, ne peut se dégager et qu'elle continue de progresser sous l'influence du péristaltisme intestinal excité comme par un corps étranger.

Quelles sont les causes qui, sur le vivant, produisent les conditions nécessaires à la constitution de l'invagination suivant Nothnagel ? D'après lui c'est tout ce qui apporte une perturbation dans le cours du péristaltisme normal en l'exagérant en un point quelconque. C'est ainsi qu'agissent les irritations de nature variée, les corps étrangers, les ingesta trop abondants ou mal digérés, les purgatifs, les traumatismes, etc.

Telles sont les théories du mécanisme de l'invagination en général. Arrivons au cas particulier de l'invagination par tumeur ; nous sommes ici en présence de trois facteurs : le poids de la tumeur, la contraction intestinale et le passage des matières. Ces deux derniers sont les plus importants et voici comment on peut se représenter leur action. La tumeur arrive à faire saillie dans la lumière du canal intestinal par son propre développement et parce qu'elle y est sollicitée par la contraction incessante de la musculature intestinale. Elle constitue un relief qui donne prise à la poussée des matières et s'éloigne de plus en plus de son point de départ, dans le sens du courant normal.

Une première conséquence de ces actions c'est que la tumeur se pédiculise, plus tard cette tumeur pédiculée tend à entraîner avec elle la paroi intestinale tout entière, créant une dépression en forme d'entonnoir qui se voit bien à la surface extérieure de l'intestin. Ainsi se trouve réalisé le premier temps de l'invagination (Besnier), ce que Böttcher appelait aussi l'*invagination latérale*. Nous rapportons, dans les observations, une description d'une pièce anatomique relative à un myome de l'intestin où cet état se trouve reproduit d'une façon frappante.

Par la persistance des mêmes causes, mais agissant dans des conditions nouvelles, on passe de l'invagination latérale à l'invagination centrale, c'est-à-dire de l'invagination incomplète à l'invagination complète.

Quant à la progression de l'invagination par

tumeur, elle s'explique, comme celle de l'invagination en général, par la contraction de l'intestin placé au-dessus. Il peut arriver que la tumeur, dans ce mouvement de progression, ne garde plus la tête de l'invagination et qu'elle se trouve à une hauteur variable sur la partie moyenne. Cruveilhier voyait, dans cette situation variable de la tumeur, n'occupant pas constamment la tête, la preuve que l'invagination n'avait aucun rapport de causalité avec la tumeur. Plus tard il revint sur cette opinion et admit le changement de place dans la progression.

A côté de ces cas où la contraction intestinale et le passage des matières paraissent surtout agir, il semble qu'il y en ait quelques autres, rares à la vérité, où, seul, le poids d'une tumeur volumineuse ait suffi à entraîner l'intestin à sa suite ; ces cas se voient surtout au niveau de certaines parties du gros intestin.

Nothnagel, enfin, conformément à sa théorie, donne de ces invaginations par tumeur une autre explication. Il croit que la tumeur produit finalement à son niveau une forte contracture localisée qui conduit à la formation d'une invagination suivant le mode décrit plus haut.

CHAPITRE II

Des myomes de l'intestin.

Les myomes, en général, se divisent en deux variétés : les myomes à fibres striées et les myomes à fibres lisses (Cornil). Selon la terminologie employée par Zenker, les premiers portent le nom de rhabdomyomes, les seconds de leiomyomes. Ces leiomyomes peuvent se rencontrer partout où, normalement, des fibres musculaires lisses entrent dans la constitution des organes. L'utérus est leur lieu d'élection, à tel point qu'on peut considérer leur existence comme probable chez le cinquième des femmes ayant dépassé 35 ans.

Dans l'intestin, au contraire, ces tumeurs sont assez rares pour n'avoir pas été l'objet d'une étude particulière un peu étendue avant 1896, où Heurtaux rassemble sept cas qu'il a trouvés dans la littérature.

En réalité, la connaissance de ces tumeurs est assez ancienne, mais elles ont été cataloguées sous des noms différents, suivant les époques. Il est pro-

bable que les néoformations du tractus intestinal, connues auparavant sous le nom de « corps fibreux » (Bayle), de « desmoïde » (Johannès Muller), de « Fleshy tubercle » (Hunter), correspondaient à ce que nous appelons aujourd'hui des myomes.

Déjà, en 1728, Boerhaave décrit une production polypeuse de la couche musculaire de l'intestin. En 1760, Lebœuf trouve dans le rectum d'un vieillard mort en présentant comme symptômes de violentes coliques avec constipation, une tumeur qu'il considère comme d'origine musculaire. Morgagni (1762), Lietaud (1796), Witting (1804), en ont également rencontré et ce dernier signale dans un cas l'apparition de phénomènes d'iléus.

Avery, en 1849, décrit, en termes fort explicites, une obstruction intestinale causée par un polype, de la grosseur d'un pouce, situé dans le colon ascendant et qui était composé d'éléments conjonctifs et musculaires.

A s'en tenir au mot strict, c'est en 1858 que l'on parle, pour la première fois, de myomes de l'intestin. Förster publie un cas de fibroïde du tissu musculaire de l'iléon, et il propose de remplacer cette expression de fibroïde (selon Rokitansky), par le mot de myome que Virchow et Zenker avaient déjà appliqué aux tumeurs musculaires de l'utérus.

L'année suivante, en 1859, Duchaussoy montre dans une planche, une hypertrophie localisée de la tunique musculaire de l'intestin, mais sans en indiquer le siège exact.

En 1863, Virchow publie une observation de

myome de la partie transverse du duodénum; il ajoute que ces tumeurs sont rares et n'atteignent que de faibles dimensions. Aussi croit-il que les cas rapportés par Rokitansky comme atteignant de notables proportions, ne sont vraiment pas des fibro-myomes.

La même année paraît dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, le cas de Fernet. En 1870, Böttcher attire l'attention sur ces myomes intestinaux. Ce même auteur, en 1888, dans les *Archives de Virchow*, présente des remarques intéressantes sur ces tumeurs qu'il s'attache à bien différencier.

Dès lors, les cas de myomes se retrouvent un peu partout, dans les diverses publications médicales apportées par Schätzler, Pellizari, Heurtaux, Senn, Lockwood, Lode, Albert, Geissler, Steiner, etc., etc. Nous en donnerons, dans la Bibliographie, la liste complète qui, somme toute, n'est pas très longue puisque, en ne tenant compte que des cas où l'analyse microscopique a été faite, nous n'avons pu réunir, malgré des recherches poussées assez loin, que 45 cas de myomes intestinaux : sur ces 45 cas, 31 ont été observés cliniquement; 14 cas se rapportent à des pièces anatomiques.

La fréquence des myomes de l'intestin paraît donc faible si l'on s'en rapporte à ces chiffres; il est probable qu'ils sont beaucoup plus fréquents, mais que leur nature est assez souvent méconnue, faute d'examen microscopique. L'âge des malades porteurs de ces tumeurs, ne présente pas de particularités bien significatives. Contrairement à l'opinion de Virchow

qui voyait dans les leiomyomes une tumeur propre à l'âge avancé, nous constatons dans les observations, une répartition assez égale de 17 à 80 ans.

Au point de vue du sexe, le myome se développe aussi bien chez l'homme que chez la femme ; c'est à tort que les premiers auteurs qui s'occupèrent de ces myomes les crurent plus fréquents chez la femme.

L'étiologie de ces tumeurs est des plus discutée. Pour les myomes de l'intestin comme pour ceux de l'utérus on se trouve en présence des deux théories adverses de Virchow et de Conheim-Ribbert, et les détails fournis par les diverses observations à ce sujet ne constituent pas des éléments suffisants pour aider au jugement définitif de ces théories.

Au point de vue de leur structure, les myomes de l'intestin correspondent absolument aux myomes de l'utérus, c'est-à-dire qu'il faut les considérer comme une véritable tumeur, constituée par une multiplication circonscrite des cellules musculaires appartenant à une des couches musculaires intestinales : ce sont des néoformations par « hyperplasie localisée ».

Ils se trouvent ainsi nettement séparés des formations désignées par Virchow sous le nom d'« hyperplasie diffuse », qui se développent dans *toutes* les couches musculaires de l'intestin en cas de sténoses, de catarrhe chronique, d'abcès, d'adhérences et de processus pathologiques variés. Böttcher a proposé de réunir ces derniers cas sous le nom de « myome composé », le « myome simple » étant constitué par la tumeur myomateuse ; cette distinction, d'ailleurs, se retrouve en clinique. Tandis qu'en cas de

myome composé les phénomènes qui occupent le premier plan sont ceux de la maladie déterminante, dans le cas de myome simple on a affaire à des symptômes d'obstruction, d'invagination qui se rapportent directement à la néoformation.

En poursuivant la comparaison des myomes de l'intestin avec ceux de l'utérus, on pouvait s'attendre théoriquement à rencontrer des myomes interstitiels, des myomes sous-muqueux et des myomes sous-péritonéaux. En réalité, on ne rencontre, développés, au niveau de l'intestin, que ces deux dernières formes ; cette absence des myomes interstitiels tient probablement à ce que la faible épaisseur de la couche musculaire de l'intestin ne permet pas à la tumeur d'y rester logée, sitôt qu'elle a pris un développement même faible ; elle est, pour ainsi dire, obligée d'en sortir et de se diriger soit vers le canal intestinal, soit vers la cavité péritonéale.

En tout cas, l'existence de ces deux formes sous-muqueuse et sous-péritonéale est bien certaine ; il est même de toute nécessité de les séparer à un très grand nombre de points de vue et, pour bien marquer le siège et la tendance divers de ces deux tumeurs, l'expression de « myome interne » de « myome externe » paraît très bien convenir.

Les myomes internes furent les premiers et les mieux connus des anatomo-pathologistes et des chirurgiens. Il est curieux de voir que les myomes externes furent pendant longtemps méconnus et considérés comme appartenant aux organes voisins de l'intestin plutôt qu'à l'intestin lui-même.

Nous pouvons citer, à ce propos, une bizarre opinion de Desprès, qui se trouve citée dans le travail de Heurtaux et qui paraît avoir été suggérée par la connaissance imparfaite et mal interprétée de ces myomes externes. « Il est positif, dit Desprès que des corps fibreux sous-péritonéaux de l'utérus peuvent former des tumeurs saillantes dans le rectum et que ces tumeurs se pédiculisent à la longue et finissent par former de véritables polypes fibreux du rectum. J'en ai déjà observé deux exemples ».

Mais pourquoi un myome né de la musculature intestinale devient-il interne plutôt qu'externe? Heurtaux croit en trouver la raison dans ce fait que l'intestin éprouve extérieurement de la part des organes voisins, une pression modérée mais persistante. Du côté de la muqueuse, au contraire, existe une cavité non pas virtuelle, mais développée et ordinairement libre; le myome suivant le sens de la résistance moindre évoluera vers la cavité.

Il semble que le point de départ de la tumeur doit avoir également son importance; si elle naît de la couche longitudinale de la musculaire, c'est-à-dire de la couche externe, celle qui est le plus près du péritoine, la règle générale doit être la production d'un myome externe; au contraire, le myome sera interne s'il se développe primitivement aux dépens de la couche interne, transversale. La couche musculaire non atteinte doit constituer comme un rempart qui s'oppose à la progression de la tumeur, de son côté, et la repousse du côté opposé. Nous trouvons dans la thèse de Clos une idée analogue; il fait remarquer

que la musculaire est la tunique la plus résistante de l'intestin ; aussi toute tumeur née en dedans se dirige vers la lumière du canal. Après la musculaire, c'est la séreuse qui constitue le plan le plus résistant ; comme il ignorait l'existence des myomes externes, les tumeurs nées de la musculaire devaient, pour lui, proéminer dans la cavité intestinale ; en réalité, il faut considérer séparément dans la musculaire, les 2 couches longitudinale et transversale.

Il serait enfin possible qu'un myome pût provenir des fibres musculaires lisses de la *muscularis mucosæ* ; dans ce cas on aurait alors affaire à un myome interne. Les observations publiées ne donnent pas de détails à ce point de vue, les différents auteurs n'ayant généralement pas recherché le point de départ exact de la tumeur.

Quelques mots maintenant sur l'évolution des myomes intestinaux, et voyons ce que nous apprennent les observations sur le développement, les phénomènes regressifs et de transformation de ces tumeurs ; cela n'est pas sans intérêt au point de vue des symptômes particuliers qui peuvent en résulter, et du traitement opératoire.

Le développement des myomes paraît très lent, et si nous n'avons pas une base d'appréciation exacte pour estimer rigoureusement la longueur de la période de latence, du moins, nous pouvons supposer avec quelque raison qu'elle doit être assez considérable. En effet, une malade de Lockwood présentait un myome, dont le centre était calcifié et qui parut être d'origine congénitale, parce qu'il était placé dans

le voisinage immédiat du conduit vitellin ; or, c'est à l'âge de 38 ans seulement, que cette femme présenta des signes d'occlusion intestinale et dut être opérée. Il arrive aussi que les myomes ne parviennent qu'à un très faible développement, qu'ils restent alors stationnaires ou qu'ils deviennent le siège de processus de calcification.

La calcification, l'induration du myome ou au contraire, son ramollissement ou sa gangrène, constituent les phénomènes regressifs qui peuvent s'observer. L'induration se voit assez fréquemment comme dans les cas de Fernet, Lockwood, Geissler et montre que le myome existe déjà depuis longtemps ; cette induration produite par la rétraction des éléments conjonctifs, fait perdre au myome sa consistance molle, et lui donne sur une coupe un aspect grisâtre.

La calcification témoigne d'une existence encore plus longue, comme dans les cas de Heurtaux, de Lockwood, de Virchow ; elle siège ordinairement, au centre de la tumeur ; dans d'autres cas, elle forme comme une coque enveloppant la tumeur.

Le ramollissement peut résulter d'une dégénérescence myxomateuse, si bien qu'on a affaire à un myxomyome, ou encore le myome devient œdemateux, se creuse de géodes (Caro). Dans certains cas, le myome peut devenir telangiectasique (Wesener), et acquérir un grand volume. Dans un cas de Lode, on observa des points de gangrène. Un malade de Fleiner rendait par l'anus des masses noirâtres provenant de la tumeur et, après ces expulsions

l'état du malade s'améliorait chaque fois d'une façon notable.

Un point plus intéressant est celui de l'existence de myomes malins. Il semble qu'aujourd'hui il faille l'admettre. Babès et Nanu ont publié un cas de myome sarcomateux de l'intestin grêle, qui eut un développement très rapide; on fit une large résection intestinale et le malade put guérir.

Avant d'entrer dans l'exposé des détails qui concernent les myomes externes et les myomes internes, voyons dans quels rapports se trouvent ces deux sortes de tumeurs, soit au point de vue de la fréquence, soit au point de vue de leur répartition dans les différents segments de l'intestin. Voici les chiffres qui répondent à ces deux points, d'après les 45 cas que nous avons pu réunir.

Myomes internes, 25. . .	{	15	Intestin grêle.
		7	Gros intestin.
		3	Rectum.
Myomes externes, 20. .	{	9	Intestin grêle.
		6	Gros intestin.
		5	Rectum.

Au point de vue de leur répartition, on trouve :

Intestin grêle, 24.	{	Myome interne. . .	15
		Myome externe. . .	9
Gros intestin, 13.	{	Myome interne. . .	7
		Myome externe. . .	6
Rectum, 8.	{	Myome interne. . .	3
		Myome externe. . .	5

On peut conclure de ces chiffres, autant qu'il est

permis de le faire d'après un nombre aussi restreint de cas :

1^o Les myomes internes sont un peu plus fréquents que les myomes externes, d'une façon générale ;

2^o Les myomes intestinaux sont d'autant plus fréquents que l'on considère une partie de l'intestin plus proche de l'estomac. Les myomes du rectum seraient les plus rares ;

3^o Quant à la fréquence comparée dans un même segment des myomes internes et externes, on peut dire que, dans l'intestin grêle, les myomes internes l'emportent notablement en nombre ; dans le gros intestin, ce nombre est presque égal de part et d'autre ; dans le rectum, au contraire, les myomes externes sont au premier rang.

MYOMES EXTERNES. — Les myomes externes proviennent, le plus souvent, de la couche longitudinale des fibres lisses, quoique ceci n'ait rien d'absolu ; dans le cas de Fenger, le myome externe de l'iléon, dont il est question, avait pris naissance dans la couche circulaire. Ils se développent du côté du péritoine qu'ils repoussent devant eux. Ils peuvent se pédiculiser ; ce pédicule est musculaire si la tumeur conserve ses relations avec la couche musculaire de l'intestin, et il semble que l'existence de ce pédicule musculaire est en rapport avec une croissance plus rapide de la tumeur ou avec des dimensions plus considérables. Quand il manque, la tumeur est

complètement entourée d'une gangue conjonctive.

Ces myomes externes atteignent la grosseur d'une noix, d'une poire, du poing ; l'un d'eux pesait 500 grammes. Ils sont presque toujours facilement énucléables, ce qui n'est pas sans intérêt au point de vue chirurgical. Ils sont, en règle générale, isolés ; il y a cependant quelques cas où on en a observé depuis deux jusqu'à cinquante, sans que cette multiplicité n'ait d'ailleurs rien de malin ou qui ressemble à des formations métastatiques.

Ce qui fait l'intérêt de ces tumeurs, ce sont leurs rapports d'un côté avec la cavité intestinale, de l'autre avec le péritoine et les organes voisins.

Du côté de la cavité intestinale, le myome externe peut, par son volume, faire une saillie plus ou moins considérable ; dans ce cas, nous avons affaire pour ainsi dire à une forme de passage entre le myome purement interne et le myome purement externe. Une tumeur ainsi placée produit un rétrécissement de l'intestin dont on imagine facilement les divers degrés possibles, et qui peut aboutir à une sténose absolument complète.

Ce qu'on ne trouve jamais dans l'histoire de ces myomes externes c'est une invagination ; cette complication paraît exclusivement réservée aux myomes internes.

Du côté du péritoine ils produisent presque toujours un épaissement plus ou moins marqué du feuillet viscéral de la séreuse, qui peut également s'étendre au feuillet pariétal.

Enfin tous les organes de la cavité abdominale

peuvent contracter des rapports plus ou moins étroits avec ces myomes externes ; il suffit de citer les diverses portions de l'intestin lui-même, le pancréas, le canal de Wirsung, le canal cholédoque, la vésicule biliaire, le foie, la veine porte, les uretères, la vessie, le corps de l'utérus, pour évoquer l'idée d'une symptomatologie des plus variées résultant de l'action d'un myome externe agissant par compression ou par tiraillement sur ces divers organes.

MYOMES INTERNES. — Les myomes internes peuvent être de dimensions très variables, depuis la grosseur d'un haricot jusqu'à celle du poing. Ils naissent soit de la couche circulaire des fibres musculaires, soit, mais plus rarement, de la couche longitudinale. Il arrive un moment où ils sont assez volumineux pour soulever légèrement la muqueuse et pour constituer, dans la lumière intestinale, un relief de plus en plus considérable.

Alors, sous l'influence des ondes péristaltiques et du passage des matières, la petite tumeur s'incline peu à peu dans le sens du courant, cédant à l'impulsion constante qu'elle subit. En s'éloignant ainsi de son point de départ elle se pédiculise, alors le myome polypeux est constitué ; c'est ce qu'on observe à peu près dans les deux tiers des cas de myomes internes.

Le pédicule est plus ou moins long ; il atteint, dans certains cas, 3 à 4 centimètres, surtout dans les polypes qui datent de longtemps. Il est épais ou grêle, formé d'éléments musculaires ou simplement d'éléments conjonctifs.

La muqueuse qui coiffe la tumeur et entoure le pédicule est, le plus souvent, intacte ; rarement elle s'ulcère et alors l'ulcération ne va pas loin en profondeur ; si elle s'étend en dehors du polype, elle s'arrête toujours à la couche musculaire ; aussi ne voit-on jamais de perforation intestinale dans le cours des myomes internes de l'intestin. Pour les myomes internes de l'estomac, au contraire, cette redoutable complication est démontrée. Steiner en rapporte des exemples.

Un tel processus ulcératif portant sur le pédicule, surtout s'il est long, joint au péristaltisme excité par le polype, comme par un corps étranger, explique un fait curieux qui se produit parfois, comme dans une observation de Pellizari, et qui consiste dans l'issue spontanée par l'anus du myome polypeux. Ce myome vient quelquefois de fort loin. Dans le cas de Pellizari les symptômes observés lui permirent de croire que le myome devait provenir du cœcum.

Ce qui résulte ordinairement de la présence du myome, c'est l'obstruction de la lumière intestinale. Cette obstruction peut dépendre de deux causes : soit du volume même du polype, soit d'une invagination concomitante. Mais il arrive bien rarement que le rétrécissement de la lumière du canal soit très marqué quand le polype est seul en cause ; sa croissance est, en effet, très lente et, le plus souvent, il se produit une dilatation en forme de poche, à son niveau, qui assure le passage des matières. Il peut arriver cependant qu'une telle éventualité ne se produise pas ; l'observation que Nélaton rapporte dans ses « Elé-

ments de Pathologie chirurgicale » en est un exemple bien frappant; immédiatement au-dessus du myome il s'était développé une hypertrophie en forme d'anneau de la tunique musculaire; le myome polypeux, par la saillie qu'il constituait, venait obturer plus ou moins, à la façon d'un clapet, l'orifice inférieur du défilé musculaire.

Les myomes intestinaux non pédiculés produisent un rétrécissement du calibre intestinal à la façon d'un cancer développé dans la paroi, et ce rétrécissement est quelquefois très serré; ainsi, dans le cas de Geissler, le calibre de l'intestin était réduit à l'épaisseur du petit doigt et ni au-dessus ni au-dessous on ne constata de changements dans la structure des tuniques intestinales.

Arrivons maintenant à l'invagination intestinale qui se produit à la suite de ces myomes. C'est à la fois la complication la plus redoutable (on n'a jamais signalé de perforation intestinale dans le cours d'un myome) et la complication la plus fréquente comme tendent à le démontrer les chiffres suivants.

Nous avons pu réunir 11 cas d'invagination intestinale par myome, c'est-à-dire que cette complication se trouve à peu près dans la proportion de 1 sur 4 si l'on envisage le myome de tout l'intestin y compris le rectum. Mais comme cette sorte d'invagination n'a jamais encore été rencontrée en cas de myome du rectum, que deux exemples seulement sont relatés en ce qui concerne le gros intestin (cas de Holländer, colon transverse; cas de Fleiner, cœcum) l'intestin grêle se trouve être la région de prédilection de ces

invaginations. Si l'on remarque d'un autre côté que les myomes externes n'ont pas donné lieu une seule fois à l'invagination, on arrive à ce résultat que sur quinze myomes internes de l'intestin grêle une invagination intestinale s'est produite neuf fois.

Nous n'avons pas à revenir sur le mécanisme de formation de ces invaginations par myome, il est le même que pour toutes les tumeurs en général, et a été exposé dans le chapitre premier.

Quels sont les détails présentés par ces invaginations au point de vue anatomo-pathologique?

Voici d'abord un tableau qui indique la variété

1 invagination duodéno-jéjunale par myome du jéjunum.			
6	»	entérique	» de l'iléon.
1	»	iléo-colique	» »
1	»	iléo-cœcale	» du cœcum
1	»	colique	» du colon.

Dans un cas les renseignements à ce sujet manquent. Sur ces 11 cas d'invagination, dix fois l'invagination fut descendante; une fois, dans le cas de Schätzler, elle fut ascendante.

La longueur de l'invagination est variable; elle est ordinairement assez grande. Dans le cas que nous rapportons on dut faire une résection de 80 à 90 centimètres d'intestin. Dans le cas de Fernet, le boudin d'invagination avait environ 30 centimètres.

Une pièce très intéressante de Böttcher montre l'état des parties en « invagination latérale » : la tumeur fait saillie dans la lumière intestinale en entraînant avec elle la paroi, ce qui se marque par

une dépression en forme d'entonnoir du côté de la surface externe.

La situation de la tumeur est le plus souvent à la tête même de l'invagination ; rarement elle est sur les parois latérales à une hauteur variable. La tumeur, quand elle est petite, ou bien est réunie par un pédicule à l'une des lèvres de l'orifice intestinal qui est en tête, ou bien est dans l'épaisseur des parois de cette tête où elle est reconnue par une sensation de résistance très marquée comme dans le cas d'Albert ; il faudrait cependant se méfier de ces sensations de résistance, car il arrive assez souvent que malgré leur existence, on ne trouve pas du tout de tumeur. Enfin, quand la tumeur est grosse, elle peut obturer complètement l'orifice de tête à la façon d'un bouchon pour un goulot, ou encore par sa masse peut remplir complètement l'intestin en avant de l'invagination.

Les adhérences entre les deux cylindres se rencontrent dans un certain nombre d'observations, mais non dans toutes. Dans le cas de Fleiner, ce sont des adhérences de nature fibreuse qui opposèrent une vive résistance à la désinvagination ; la maladie datait de 7 semaines. Dans le cas d'Albert (les accidents duraient depuis 6 mois) on ne réussit pas à libérer les deux cylindres. De même, dans le cas de Lockwood. Chez le malade de Holländer, au contraire, bien que l'obstruction chronique durât depuis longtemps, la désinvagination se fit sans difficulté.

Cette question des adhérences est très importante, car, jointe à la notion du volume plus ou moins con-

sidérable de la tumeur, elle explique pourquoi, dans tel cas, la désinvagination est possible et pourquoi dans tel autre on rencontre assez de résistance pour y renoncer et pratiquer une résection.

Des lésions très importantes également à observer sont les lésions de gangrène ; chez la malade dont nous rapportons l'observation la vitalité de l'intestin au niveau du collier parut plus que douteuse à l'opérateur qui se résolut d'emblée à la résection.

CHAPITRE III

Symptômes

L'étude des observations comme, d'ailleurs, le raisonnement le faisait déjà prévoir, permet de distinguer trois périodes dans l'histoire clinique de ces myomes intestinaux qui se compliquent, à un moment, d'invagination.

Dans une première période de durée indéterminée et probablement fort longue, comme les détails anatomo-pathologiques des myomes permettent de le croire, le polype ne donne lieu à aucun phénomène, ni subjectif, ni objectif : c'est la période de latence. Et, même, dans des cas dont il est bien difficile d'apprécier la fréquence, le polype ne sort pas de cette période de tolérance parfaite, il constitue une trouvaille d'autopsie. D'autres fois, tout en étant parfaitement toléré, le polype, s'il est d'une certaine grosseur, peut être remarqué par le malade qui, généralement, n'y prête aucune attention, mais qui, interrogé plus

tard reconnaît très bien avoir senti à diverses reprises une petite grosseur arrondie, dure et mobile.

A partir de quelle grosseur le myome cesse-t-il d'être toléré, il est impossible de le dire d'une façon bien exacte, car il semble y avoir à ce point de vue des susceptibilités individuelles variables. Cependant on peut voir, par les observations publiées, que le polype peut créer des troubles variables, allant jusqu'à l'invagination dès qu'il a atteint la grosseur d'une prune, d'une noix.

La deuxième période est celle où le polype manifeste sa présence par des troubles divers, qui sont en rapport avec l'obstacle plus ou moins marqué à la circulation des matières. Le malade se plaint surtout alors de constipation, cédant d'abord facilement aux purgatifs, puis de plus en plus tenace. Cette constipation est toujours accompagnée de coliques, le plus souvent très vives. Les périodes intermittentes de constipation sont entrecoupées par des débâcles diarrhéiques, mais qui, de plus de plus, marquent un caractère progressif de l'obstruction. Dans l'intervalle il y a un état d'euphorie très remarquable, du moins dans les premiers temps. Plus tard, les douleurs, les accès répétés d'obstruction, les troubles digestifs, les vomissements qui les accompagnent anémient et affaiblissent les malades, sans que l'état général soit cependant franchement mauvais.

Latumeur peut très bien être sentie à cette période, sa connaissance est un appoint considérable pour le diagnostic.

Un tel état peut se prolonger jusqu'à 6 mois,

comme le montre l'observation d'Albert; mais, ordinairement, c'est beaucoup plus tôt que s'effectue le passage à la troisième période, qui est la période d'invagination. Quelquefois même cette seconde période manque presque totalement, et c'est dans le cours d'une bonne santé apparente que le malade présente brusquement une occlusion intestinale par invagination.

Le début de l'invagination est brusque, rapidement accompagné de symptômes imposants qui révèlent immédiatement le diagnostic; ou, au contraire, plus insidieux, masqué par les symptômes habituels à peine aggravés. Les tumeurs intestinales réalisent donc les deux formes cliniques de l'invagination: la forme aiguë et la forme chronique. Rafinesque croyait que les polypes ne produisent que rarement le tableau de l'invagination chronique; en réalité c'est le tableau de cette dernière affection qui est le plus généralement observé, l'invagination aiguë apparaissant comme complication terminale dans le cours de l'invagination chronique.

Les symptômes observés pendant le cours de cette invagination chronique ne diffèrent guère des symptômes ordinaires. Ce sont ceux déjà notés à la période des troubles de canalisation produits par le polype obstruteur, mais plus graves, plus répétés.

Les douleurs surtout sont souvent beaucoup plus violentes et revenant par accès de plus en plus proches. Elles peuvent être assez bien localisées et fournir, par là, des présomptions importantes sur le siège de l'invagination. Elles sont accompagnées de cons-

tipation avec ballonnement du ventre ou, au contraire, de selles diarrhéiques plus ou moins abondantes, quelquefois sanguinolentes. Des vomissements apparaissent souvent alors ou redoublent d'intensité, purement bilieux ou fécaloïdes.

La présence du sang est parfois notée dans les selles, mais toujours en quantité médiocre, souvent accompagnée de tenesme anal. C'est presque toujours l'indice d'un étranglement de l'invagination et le prélude bientôt confirmé d'une occlusion franchement aiguë.

Tous les signes d'obstruction chronique qui précèdent ont, avant tout, une valeur indicatrice : ils commandent impérieusement l'examen soigneux de l'abdomen, et c'est la constatation d'une tumeur qui, en dernière analyse, a la plus grosse importance, assurant le diagnostic et précisant l'intervention.

On arrivera, le plus souvent, à vérifier l'existence de cette tumeur. Ainsi, dans le cas que nous rapportons, on sentait une tumeur grosse comme deux poings qui paraissait manifestement développée au niveau du cœcum. Chez le malade de Fleiner on sentait, dans le flanc droit, une tumeur réniforme de 18 cent. de longueur. Il peut cependant arriver, comme dans le cas d'Albert, qu'on ne puisse sentir nulle part de tumeur. Les causes qui masquent cette tumeur, pourtant si importante à déceler, sont bien connues ; ce sont : le ballonnement du ventre, la faible étendue de l'invagination et son siège profond. On peut se demander si la coexistence d'une tumeur intestinale n'agit pas sur ces conditions pour en

diminuer les effets et si le pourcentage des tumeurs senties à la palpation n'est pas plus considérable dans ces invaginations compliquées que dans les invaginations simples.

Quoiqu'il en soit, quand la tumeur est perceptible elle a ordinairement des caractères très importants. Son siège est varié et il est loin de correspondre toujours à la situation exacte des parties qui prennent part à l'invagination ; d'un autre côté ce siège est rarement fixé ; tout cela montre la mobilité spontanée de la tumeur et laisse soupçonner la mobilité à la palpation dont on s'assure facilement. Cette mobilité existait nettement chez la malade dont nous rapportons l'observation. Chez le malade de Fleiner la tumeur était déplaçable dans toutes les directions, se laissant particulièrement refouler dans la profondeur de la cavité abdominale.

Cette tumeur est boudinée, cylindrique, allongée transversalement ou verticale. Elle est de consistance élastique, parfois assez ferme, à surface lisse, un peu sensible à la pression.

Pronostic

En général, le pronostic des invaginations par tumeur est des plus tristes. Tous les malades dont on a laissé évoluer l'affection sans intervention opératoire sont morts et dans un espace de temps qui, très exceptionnellement, pourrait atteindre deux ans.

La grande majorité des cas montre une durée de quelques mois, rarement plus de six. Assez souvent le début des accidents ne remonte qu'à quelques semaines. Dans certains cas, rares, l'invagination peut débiter brusquement, sans symptômes prémonitoires et emporter rapidement le malade.

Dans l'association de ces deux facteurs morbides, une invagination et une tumeur, celle-ci, fût-elle maligne, n'entre que pour une part inférieure à celle de l'invagination dans la gravité du pronostic.

Diagnostic

Il est inutile d'insister sur la difficulté du diagnostic exact de ces faits d'invagination par tumeur ; il n'y a qu'à considérer les différents diagnostics posés pendant la vie dans les observations que nous rapportons et qui toutes étaient des cas d'invagination par myomes ; ileus, occlusion aiguë, sténose chronique de l'intestin, tumeur du cœcum avec obstruction. On peut citer comme un diagnostic qui sera rarement approché celui de Czerny sur le malade dont Fleiner a rapporté l'observation : tumeur bénigne de l'intestin compliquée d'invagination.

Dans un tel diagnostic il y a, en effet, deux éléments : d'un côté une tumeur de l'intestin, de l'autre côté une invagination et comme chacun peut reproduire pour son compte le tableau symptomatique

observé, il en résulte que l'on pense à une tumeur ou à une invagination mais rarement à la combinaison des deux. Et c'est l'invagination qui le plus souvent passe inaperçue.

Si l'on est mis en présence du malade pour la première fois, au moment où une complication aiguë exige l'intervention chirurgicale, on arrivera bien rarement au diagnostic exact et complet. Si, au contraire, on est appelé à donner ses soins au malade à une époque où le polype intestinal produit des signes de sténose chronique incomplète et qu'on puisse suivre les étapes successives de l'affection, assister à la marche progressive des symptômes, on pourra plus facilement se rendre compte de la nature des accidents, diagnostiquer la sténose par tumeur, reconnaître l'invagination et en spécifier la cause.

Il y a en effet dans la majorité des cas, toute une série de symptômes qui en eux-mêmes ou par leur réunion, peuvent amener le chirurgien, comme dans le cas de Czerny, au diagnostic d'invagination chronique produite par une tumeur bénigne.

Ce sont :

1° L'apparition souvent subite d'une tumeur dans l'abdomen ;

2° L'existence d'une tumeur ou même d'une simple sensation de résistance à la pression depuis des mois et des années ;

3° Un changement subit dans la grosseur de cette tumeur, soit en plus soit en moins, c'est-à-dire par

accroissement ou par réduction, en partie, de l'invagination ;

4° Des symptômes d'obstruction intestinale en rapport avec le développement ou l'accroissement de la tumeur ;

5° Un état de bien-être et d'euphorie se manifestant après la diminution de la tumeur et la constatation dans les selles de matières ayant une odeur gangréneuse ;

6° L'existence de périodes d'euphorie complète survenant après des attaques d'obstruction si sévères soient-elles ;

7° Les périodes d'euphorie ou d'intervalle libre se comptant très irrégulièrement par jours, par semaines, par mois ou par années (R. Steiner).

Les cas les plus défavorables, au point de vue du diagnostic, seront ceux où la tumeur ne sera pas perceptible, comme dans le cas d'Albert, car en définitive les caractères de cette tumeur sont de la plus haute importance.

On méconnaîtra difficilement, en effet, la nature d'une tumeur boudinée, plus ou moins mobile, le plus souvent dans tous les sens, offrant à la palpation une surface lisse, d'une consistance mollement élastique, mais pouvant aussi s'indurer sous l'influence d'une palpation un peu prolongée, entrer comme dans une sorte d'érection pendant des accès de coliques. Comment ne pas reconnaître une invagination dans cette tumeur, surtout si l'on assiste, comme cela arrive, à sa progression : partie de la

région du flanc droit elle s'élève vers le foie, s'étend transversalement ou vient faire saillie dans le flanc gauche. Quand enfin on pourra en apprécier les caractères au moyen du toucher rectal les derniers doutes seront dissipés.

Il ne sera pas difficile, dans le cours progressif de cette affection, d'interpréter exactement les accès d'obstruction qui se répètent successivement pour aboutir à une véritable attaque d'occlusion aiguë. Il est même permis d'espérer qu'avec le progrès chirurgical on sera en mesure d'intervenir avant l'apparition de cette dernière, qui peut emporter le malade et que, cependant, nous ne saurions prévenir.

Telles sont les raisons qui militent positivement en faveur du diagnostic d'invagination par tumeur, ou encore de sténose chronique de l'intestin produite par une tumeur bénigne, compliquée d'invagination.

Le diagnostic différentiel sera surtout à faire avec la sténose de nature cancéreuse et avec la sténose de nature tuberculeuse.

Le cancer de l'intestin peut provoquer une obstruction incomplète de l'intestin de la même façon qu'un myome ou qu'une tumeur polypeuse quelconque et même, dans certains cas une invagination peut se produire à la suite de la tumeur maligne, rendant ainsi les deux tableaux cliniques absolument superposables. Dans ces conditions le diagnostic sera généralement impossible, du moins dans les premiers temps.

Sur quoi se baser, en effet, pour apprécier la nature de la tumeur invaginant ? Quelquefois on pourra

peut-être soupçonner le néoplasme chez un malade dont l'amaigrissement ou le facies seront suspects ! Rafinesque a cependant signalé une teinte cachectique très marquée chez certains malades atteints d'invagination chronique simple. Un de ceux-ci mourut dans le marasme après avoir présenté une *phlegmatia alba dolens* ; à l'autopsie on trouva une invagination iléo-cœcale chronique, sans tumeur aucune.

La présence du sang dans les selles, et cela d'une façon continue, journalière, paraît le meilleur signe différentiel qu'on puisse invoquer en faveur d'une tumeur maligne. Une tumeur ulcérée peut constamment, en effet, imprégner les matières fécales de stries sanguinolentes ou donner lieu à des bouillies noirâtres, marc de café. Ces hémorrhagies, légères à la vérité, sont la règle et si, dans certains cas, elles paraissent manquer, c'est que, précisément, leur faible quantité leur permet de passer inaperçues. Les myomes intestinaux, recouverts d'une muqueuse le plus souvent intacte, ne donnent pas lieu à ces hémorrhagies. En fait on trouve quelquefois la mention d'une hémorrhagie, ordinairement minime mais répétée pendant quelques jours ; ces hémorrhagies ont une toute autre signification : elles sont alors accompagnées, le plus souvent, de ténésme rectal et marquent alors une période d'engouement ou d'étranglement dans le cours de l'invagination chronique.

Il est enfin des cas où la tumeur cancéreuse qui sténose l'intestin prend d'assez grandes proportions pour pouvoir être sentie à travers la paroi abdominale. Les caractères de cette tumeur seraient alors

d'un grand secours pour éliminer l'invagination d'un côté, la tumeur bénigne de l'autre, qui se laisse plus rarement sentir, étant donné son faible volume.

La tuberculose locale chronique de l'intestin, presque toujours localisée au niveau de la « jonction iléo-cœcale », prend, au point de vue clinique absolument l'aspect d'un néoplasme, et Coquet, dans sa thèse de Paris, 1894, étudiait les formations qu'elle détermine en ce point sous le nom de tumeurs cœcales tuberculeuses. Elle simule même si bien le néoplasme que, pièces en mains, il est parfois impossible de la distinguer d'un cancer. C'est du moins l'opinion que Billroth présentait à la Société des Médecins de Vienne le 27 février 1891. La même année Hartmann et Pilliet, à la Société Anatomique de Paris, exprimaient l'idée qu'une grande partie des cas publiés sous le nom de carcinomes et de lympho-sarcomes du cœcum étaient en réalité des affections tuberculeuses.

Comme élément de diagnostic avec l'invagination compliquant une tumeur bénigne de l'intestin, il ne faut pas compter sur l'état général. Les tumeurs cœcales tuberculeuses n'ont aucun point commun avec la tuberculose intestinale secondaire, qui apparaît dans les dernières périodes de la tuberculose pulmonaire. Elle constitue véritablement une tuberculose locale, évoluant très lentement, sans atteinte de l'état général autre que celle résultant des troubles intestinaux.

La tumeur tuberculeuse, sinon toujours, du moins dans un très grand nombre de cas, n'apparaît que très longtemps, parfois des années, après le début

des troubles fonctionnels. L'évolution de l'invagination par tumeur est, au contraire, beaucoup plus courte.

La forme de la tumeur tuberculeuse ne rappelle pas le boudin d'invagination.

Enfin, on ne trouve pas dans le cours de ces tumeurs cœcales tuberculeuses, les accès répétés et progressivement plus aigus d'obstruction intestinale qui caractérisent l'invagination par tumeur.

Traitement.

En fait, les difficultés du diagnostic ne constituent pas une contre-indication à l'intervention opératoire. Bien au contraire, le chirurgien trouvera des indications pressantes à une intervention rapide, dans les accidents aigus ou chroniques d'occlusion, et souvent dans l'existence d'une tumeur.

Sur les 8 cas dont nous rapportons une histoire clinique, on pratiqua une opération six fois. Deux cas ne furent pas opérés; l'un, qui remonte à 1863, fut considéré comme un cas de choléra; l'autre (Geissler, 1894) fut diagnostiqué vomissements d'origine névrosique. Sur ces six opérations, on fit cinq fois une résection plus ou moins étendue de l'intestin; une seule fois on se contenta de faire la désinvagination et d'enlever la tumeur pédiculée par une incision longitudinale de l'intestin. La malade ainsi opérée guérit d'ailleurs fort bien. Sur les cinq cas de résection, la

fixation des deux bouts à la paroi fut faite deux fois; dans les trois autres cas, on termina par la suture de ces deux bouts. Le résultat fut le suivant : un cas de guérison (résection iléo-cœcale après désinvagination); deux cas de mort ; dans deux cas enfin on ne parle pas des suites de l'opération.

On ne peut évidemment guère tirer de conclusions fermes d'un nombre de faits aussi restreint. Néanmoins cela permet de se rendre compte de la conduite à suivre dans pareil cas.

Quand on a décidé une intervention, faut-il faire une entérotomie ou une laparotomie? En vérité, l'entérotomie reste une opération palliative, qui peut être imposée par l'état extrêmement précaire du malade, incapable de supporter une laparotomie assez longue ; ce n'est qu'un pis-aller.

L'intervention de choix que l'on doit tenter, c'est la laparotomie. On arrive sur l'invagination. Quelle doit être alors la conduite du chirurgien? Qu'il ait, ou non, reconnu la nature de la tumeur invaginant, trois types principaux d'opération s'offrent à lui :

1^o Désinvagination, incision longitudinale de l'intestin, ablation de la tumeur, suture de l'intestin.

2^o Incision de la gaine, résection de la tête du boudin interne, entérorraphie circulaire, désinvagination de la portion restante (opération de Koenig).

3^o Résection en masse de tout le segment invaginé, suivie :

- a) D'anus contre nature.
- b) De réunion immédiate des deux bouts.

1^o La première opération a fourni à Israël (1895) (*in* observation de Holländer, Obs. IX), un succès très remarquable chez une vieille femme de 79 ans. C'est, évidemment, une opération très indiquée, à cause de sa facilité et de la rapidité avec laquelle elle peut être faite. Cet élément de rapidité n'est, certes, pas à dédaigner dans la majorité des cas où l'on opère, soit sur des gens âgés, soit sur des sujets fort amoindris dans leur résistance.

Elle constitue également l'intervention la plus logique, parce qu'elle commence par une manœuvre que l'on pratique, pour ainsi dire, d'instinct et qui, en vérité, doit toujours être tentée — sauf sphacèle de l'intestin bien entendu — nous voulons dire la désinvagination.

Mais si la désinvagination doit être tentée, il ne faut pas insister sur elle outre mesure, surtout dans les cas d'invagination chronique. Les observations publiées par Braün, dans les *Archives de Chirurgie clinique*, 1886, montrent que la désinvagination est encore possible même après un long temps écoulé. Dans deux cas Rydygier a pu pratiquer la désinvagination heureusement après six et neuf mois. Cependant, si elle reste possible assez souvent, elle n'en est pas moins alors dangereuse pour l'avenir. Braün lui-même avoue que, sur 28 cas où elle a été pratiquée, elle n'a donné que douze succès et que, dans la plupart des autres cas, la mort a été causée par la déchirure de l'intestin, sous l'influence de manœuvres trop violentes, ou par une péritonite septique. L'existence de la tumeur plus ou moins volumineuse,

les adhérences entre les deux cylindres intestinaux, rendront souvent cette désinvagination impossible.

2^o L'opération que Koenig pratiqua, en 1887, sur une jeune fille de 18 ans, atteinte d'un sarcome développé dans la tunique musculaire de l'intestin, peut difficilement être jugée par ses résultats ; nous ne connaissons pas d'autres cas où elle fut appliquée et son opérée mourut le lendemain de collapsus. Cette opération paraît assez longue. En somme, son seul avantage est de conserver une portion d'intestin qui, à la vérité, peut être assez considérable dans certains cas ; dans les invaginations très longues, elle peut donc devenir la méthode de choix. Les observations commencent, en effet, à se multiplier, qui montrent que la résection d'une portion considérable d'intestin est loin d'être sans dangers ultérieurs. Mais, dans les invaginations de moyenne étendue, le bénéfice qu'on en retire n'est pas assez important pour racheter la longueur de l'opération ; d'autant plus qu'en cas d'adhérences limitées seulement au collet, on pourrait ne plus réduire la portion restante de l'invagination, s'exposant à pratiquer quand même la résection qu'on voulait éviter.

3^o La résection totale et d'emblée de tout le segment intestinal qui participe à l'invagination est donc l'opération de choix, quand la désinvagination n'est pas possible ou dangereuse, ou encore quand on trouve l'intestin sphacélé et prêt à se perforer ; c'est ce qui existait dans le cas que nous rapportons.

Que faire des deux bouts ? Les fixer à la paroi

abdominale, établir un anus contre nature ? L'anüs contre nature, comme dit Lejars, n'est, dans ces conditions, qu'une méthode de nécessité, à laquelle on peut être réduit par les circonstances, mais qui réserve toujours un avenir plein de menaces.

L'entérectomie, suivie de réunion immédiate des deux bouts, voilà l'opération qu'il faut se proposer dans ces cas d'invagination par tumeur.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I

(BOETTCHER. — *Arch. für Heilkunde*. Jahrg. XI, p. 125, 1870)

MYOME POLYPEUX DE L'ILÉON

La préparation provient de l'année 1844 et se trouve à Dorpat, dans la collection anatomo-pathologique. L'auteur décrit un rétrécissement de l'intestin, au-dessus duquel existe une dilatation ; au-dessous, l'intestin est également dilaté et forme un sac à peu près sphérique. Ce sac est presque rempli par un polype d'environ 5 centimètres et demi de longueur sur près de 3 d'épaisseur, appendu à une portion de paroi intestinale, invaginée dans l'ampoule qui la contient. Si on examine l'extérieur de l'intestin, on y découvre une dépression en entonnoir voisine du mésentère; cette dépression correspond à la partie du tube intestinal entraînée par le polype.

La surface du polype est tapissée par la muqueuse ; le tissu de la tumeur est composé de fibres musculaires lisses, disposées en faisceaux. Ceux-ci sont longitudinaux à la surface, circulaires au centre. De très nombreux vaisseaux existent dans tous les points de la tumeur et, dans certains endroits,

le néoplasme présente même le caractère télangiectasique ; ces vaisseaux ont toutes les grosseurs, depuis les capillaires jusqu'à ceux qui sont visibles à l'œil nu.

OBSERVATION II

(SCHAETZLER. — Deux cas d'iléus. — *Bayerisches Artzliches Intelligenzblatt*, n° 12, p. 121, *Jahrgang*, 1870).

INVAGINATION ASCENDANTE DANS UN CAS DE FIBROMYOME INTESTINAL

Dans un cas de fibromyome, la partie de l'intestin, située au-dessus de la tumeur qui sténosait, se dilata peu à peu, puis se retourna finalement, dans une étendue de plusieurs pieds, sur la partie de l'intestin située au-dessous, si bien que tumeur était recouverte par un double cylindre.

OBSERVATION III

(FERNET. — *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1863.)

POLYPE DE L'INTESTIN GRÊLE. — INVAGINATION INTESTINALE.

G..., âgé de 45 ans, terrassier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 1^{er} juin 1863.

Le lendemain, il est pris brusquement de douleurs vives dans l'abdomen, de diarrhée abondante et liquide comme de l'eau, de crampes violentes dans les quatre membres; il s'y est joint du refroidissement des extrémités, et les urines sont supprimées.

Ces symptômes ont persisté sans modification jusqu'au soir.

A ce moment, la diarrhée s'est arrêtée tout à coup, puis des vomissements ont eu lieu et se sont répétés plusieurs fois dans la nuit. Le 3 juin au matin, le malade était dans un état de prostration marqué; il jouissait de la netteté de son intelligence et donnait lui-même les renseignements néces-

saires. Le faciès était grippé et terreux, les yeux caves et bordés de noir ; le nez, la langue et les extrémités inférieures complètement refroidis ; le pouls, fréquent, n'avait presque plus de force. La voix était éteinte, la respiration fréquente.

Le malade n'avait pas uriné depuis son entrée et la vessie était vide.

Le ventre, souple et non douloureux à la pression, donnait à la main une sensation d'empâtement toute particulière. Les vomissements de la nuit et du matin se composaient d'une matière verdâtre, bilieuse, puis d'une matière blanche, granuleuse, pareille à de la semoule cuite.

Diagnostic : Choléra.

Après administration de 2 grammes d'ipéca, le malade vomit des matières pareilles aux précédentes ; puis tout à coup il ressent un besoin impérieux de déféquer, mais succombe immédiatement, avant d'avoir satisfait ce besoin.

A l'autopsie. — Toutes les lésions siègent dans la cavité abdominale. Le péritoine est sain ; l'intestin grêle, modérément distendu, renferme un liquide blanchâtre, semblable à du petit lait, et contenant des grumeaux caséeux, liquide en somme assez analogue à celui qui, avec la matière bilieuse, composait les vomissements durant la vie ; l'intestin grêle en était rempli, dans une étendue de 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, on a trouvé deux lésions : d'une part, un polypesaillant à la surface muqueuse de l'intestin ; d'autre part, une invagination s'étendant jusqu'au cœcum.

Le polype était situé à 28 centimètres de la valvule de Bauhin, du côté du bord convexe de l'intestin ; forme ovoïde, grosseur d'une noix, consistance ferme. Il était fixé par un pédicule de 0^m304 de diamètre, et très court. On remarquait sur la séreuse une dépression ombiliquée, dans laquelle on a pu engager l'extrémité du petit doigt. La surface de la tumeur était lisse et semblable à la surface muqueuse de l'intestin. Sur une coupe, qui la divisait en deux parties égales, on a vu un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblaient partir du

pédicule et se portaient de là dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur ; au microscope ce tissu était formé de deux éléments : du tissu lamineux, et des fibres musculaires lisses ; par conséquent, le polype paraissait formé par l'hypertrophie de la couche musculaire et de la couche celluleuse de l'intestin.

Quant à l'invagination, elle comprenait 30 cm. d'intestin grêle et se terminait juste au niveau de la valvule iléo-cœcale. Des trois cylindres qui la composaient, le central présentait à sa partie inférieure, l'insertion du polype qui oblitérait complètement en bas le canal déjà très rétréci ; les deux autres ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que leur muqueuse était congestionnée et ecchymosée. Aucune adhérence n'unissait les surfaces séreuses adossées de l'intestin invaginé. Toute la portion du tube digestif située au-dessous de ces lésions, c'est-à-dire le gros intestin, était remplie de sang fluide et noir. Quant aux parois de cet intestin, elles ne présentaient d'autre altération qu'un gonflement léger avec ramollissement de la muqueuse. Cette altération se retrouvait aussi dans toute l'étendue de l'intestin grêle.

On n'a rencontré aucune autre lésion viscérale ; dans le cœur et dans les gros vaisseaux, le sang était fluide, noir et de consistance sirupeuse.

OBSERVATION IV

POLYPE PAR HYPERTROPHIE MUSCULAIRE DE L'INTESTIN ET INVAGINATION.

Nélaton, dans ses *Eléments de Pathologie chirurgicale* (Tome 5, page 643, 1882), montre qu'il y a des cas où l'invagination intestinale est causée par une tumeur de l'intestin. « Il y a, dit-il, dans le musée de Hunter, sous le n° 1.378, une pièce où ces altérations sont démontrées de la façon la plus manifeste ; la figure n° 44 nous montre cette disposi-

tion ». Suit une figure qui permet de bien se rendre compte de la disposition des parties.

OBSERVATION V

(FLEINER. — *Virchow's Archiv für Path. Anatomie*, Bd 101, 1855.)

TUMEUR INTESTINALE AVEC INVAGINATION

Homme, 52 ans, avait, depuis sept semaines, des accès répétés de coliques, avec vomissements et selles diarrhéiques sanguinolentes. Depuis quelques jours, coliques constantes et constipation.

Etat le 23 novembre 1884 : dans le flanc droit, on sent une tumeur réniforme, à grand axe transversal, de 18 cm. de long sur 8 de large. La surface en est lisse, d'une consistance mollement élastique; la tumeur est déplaçable dans toutes les directions, mais se laisse particulièrement refouler vers la profondeur de la cavité abdominale.

Le 9 décembre, laparotomie par le professeur Czerny.

Une tumeur, couchée transversalement dans la cavité abdominale, se présente formée du colon ascendant, qui renferme une partie de l'iléon invaginé; l'invagination remonte jusqu'à l'angle droit du colon.

On pratique la désinvagination; des adhérences fibreuses opposent une assez forte résistance.

A la tête de l'invagination se trouve une tumeur globuleuse, avec une dépression centrale; on la considère comme un squirrhe intestinal, aussi on en pratique la résection.

Suites de l'opération extraordinairement favorables. 28 jours après, le malade sort guéri.

L'intestin réséqué comprenait une portion d'iléon, le cœcum avec l'appendice et une portion du colon ascendant; la longueur de l'iléon réséqué atteignait 3 cent. du côté convexe; celle du gros intestin, 7 cent. du côté concave; la longueur totale d'intestin réséqué était de 45^{cms}.

Dans la partie initiale du gros intestin, en face de la valvule

de Bauhin, est une tumeur de 4 cent. 5 de diam., représentant, à peu près, la moitié d'une sphère et réduisant le calibre de l'intestin à une fente étroite. Correspondant à la tumeur, une dépression ombiliquée se montre à la surface extérieure épaissie du colon ascendant, et reçoit le bout du petit doigt.

La muqueuse intestinale, épaissie et fixée, recouvre la tumeur qui montre, à la coupe, une ulcération en forme de T. Sur une coupe longitudinale, on reconnaît quatre couches nettement séparables, qui paraissent répondre à la muqueuse, à la sous-muqueuse, à la musculaire et à la séreuse; ces deux dernières paraissent considérablement épaissies.

Examen microscopique : Muqueuse et sous-muqueuse normales et seulement un peu infiltrées de petites cellules rondes. Dans la musculaire, la couche des fibres circulaires est, seule, nettement délimitée; cette couche musculaire est séparée des couches séreuse et muqueuse, par un tissu formé, en grande partie, de fibres musculaires lisses; la musculaire est infiltrée de petites cellules rondes. Quant à la séreuse, elle paraît envahie par un processus cicatriciel.

OBSERVATION VI

(LOCKWOOD. — *British Medical Journal* 1892.)

POLYPE DE L'INTESTIN GRÊLE ASSOCIÉ A UNE INTUSSUSCEPTION.

Le polype avait une forme sphérique; $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre; attaché par un pédicule court à la paroi de l'iléon, à 2 pieds et demi du cœcum. La consistance de la tumeur était ferme, sa surface recouverte par la muqueuse. L'intérieur était formé de tissu fibreux et musculaire mélangés; au centre on voyait un tubercule calcaire.

Au-dessous de la tumeur était une invagination de 5 pouces; le mésentère avait été attiré avec l'intestin dans la partie

invaginée. Il se produisit des phénomènes d'occlusion qui nécessitèrent la laparotomie. Les tentatives de réduction restant vaines, on excisa le morceau « invaginé »; à cause du collapsus qui se produisit alors, on ne pratiqua pas la suture des deux bouts de l'iléon et on les aboucha à l'incision abdominale.

Le polype existait depuis très longtemps chez la malade, âgée de 30 ans; comme en témoigne, la calcification du centre de la tumeur, qui était probablement d'origine congénitale, car elle était placée dans le voisinage immédiat du conduit vitellin.

La tumeur était un myome ou un fibro-myome.

OBSERVATION VII

(VON BRAMANN, 1894, cité par RYDYGIER : Zur behandlung der darminvaginationen. — *Arch. fur Klin. Chirurgie*, Bd 42, 1897).

Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui fut opéré pour une invagination entérique, produite par un fibro-myome de la grosseur d'une noix. Le début remontait à trois semaines. A son entrée à la clinique, le malade était dans un état d'occlusion franchement aigu. On fit la résection de l'invagination, puis on aboucha les bouts à la plaie abdominale. Le malade mourut.

OBSERVATION VIII

(GEISSLER. — Thèse de Marburg 1894.)

UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN PAR UN MYOME DU JÉJUNUM.

Femme de 28 ans. Il y a environ six semaines, enceinte de deux mois, elle fut atteinte brusquement de vomissements. Tout traitement se montrant inefficace, on pratiqua

l'avortement, qui ne produit aucun résultat. Jamais de sang dans les vomissements, mais très fréquemment, au contraire, de la bile. Le médecin consulté croit sentir dans la région hypogastrique droite, un rein mobile, et ordonne le port d'un bandage; mais toujours pas d'arrêt dans les vomissements qui, parfois, surviennent sans que la malade ait rien mangé; d'autres fois une nourriture, même mélangée, et consistante ne les produit pas. Peu avant son entrée à l'hôpital, son état donnait l'impression d'une dyspepsie d'origine névrosique.

Le 15 novembre 1893, voici l'état actuel : La malade est très amaigrie. Rien du côté des ganglions lymphatiques ; la peau et les muqueuses sont décolorées : pas de teinte cyanotique ou ictérique.

Pas de fièvre. Le pouls et petit est fréquent. Rien de particulier dans le rythme respiratoire.

Le cœur et les poumons sont sains.

La rate et le foie ne sont ni augmentés de volume, ni déplacés.

Sous le rebord costal droit, on voit une légère voussure et, dans le domaine du colon ascendant, on a une sensation de plénitude.

Répondant exactement à la ligne médiane, au niveau de l'ombilic, on trouve, à la palpation, une région tout à fait circonscrite, où se manifeste une sensibilité à la pression très prononcée. Il y a de la contracture réflexe des grands droits.

Dans la région du rein droit, on sent une résistance confuse, qui, pour le moment, n'est certainement pas mobilisable.

La région de l'appendice, ainsi que le paramétrium sont libres : ni résistance, ni sensibilité.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Système nerveux normal : réflexes patellaire et pupillaire normaux.

On ordonne une application de glace sur la région stomacale, et on donne à sucer de petits morceaux de glace.

Lavements nutritifs ; œufs et lait. Malgré cela, très fréquents vomissements bilieux, avec des douleurs épigastriques telles que des injections de morphine les calment à peine.

Le lendemain, même tableau. En plus, une selle avec des fèces en bouillie. L'urine a un poids spécifique élevé ; rien d'anormal à l'examen microscopique et chimique.

Le 18 novembre, on tente l'alimentation par la bouche, au moyen de l'hypnose.

La malade fut facilement mise en état de léthargie par la suggestion verbale. Alors, on lui fit prendre une petite quantité de lait par la bouche. A la suite, pas de vomissements. Aussi, on recommence le lendemain l'essai qui réussit comme le jour précédent. Depuis ce moment la malade garde de petites quantités de lait et de jaune d'œuf, prises toutes les deux heures, jusqu'au 21 novembre 1893. Vers le soir, la malade voit se renouveler ses vomissements bilieux, tombe dans le collapsus, et meurt à une heure du matin.

L'autopsie, faite le 22 novembre, montre l'estomac dilaté jusqu'à une largeur de main au-dessus de la symphyse pubienne. Près du pylorè, largement ouvert, la portion adjacente du duodénum est fortement dilatée.

A la jonction du duodénum et du jéjunum, se trouve une invagination longue de 15 cent., correspondant à la partie supérieure du colon ascendant. Le colon ascendant lui-même est plissé ; tout l'intestin grêle, le colon transverse et le colon descendant sont fortement contractés.

La réduction de l'invagination se fait facilement (invagination duodéno-jéjunale). A l'ouverture du jéjunum, à environ 10 cm de son point de départ, se trouve une tumeur faisant saillie dans la lumière du canal intestinal, de consistance à moitié ferme, ayant réduit le calibre de l'intestin au volume du petit doigt.

La base de cette tumeur est large ; sa forme est globuleuse. La coupe montre plusieurs saillies arrondies. La muqueuse intestinale suit les contours de la tumeur. Le péritoine pré-

sente, au point correspondant à la tumeur, un aspect laiteux et un épaissement de peu d'importance. A peu près au milieu de cette partie de la séreuse, ainsi modifiée, se trouve une dépression d'environ un demi centimètre au-dessous du niveau des parties voisines. Il n'y a pas d'épaississement des parois intestinales au voisinage.

Dans tout le domaine de la tumeur on ne trouve ni adhérences péritonéales, ni brides cicatricielles, appartenant à la tunique séreuse de l'intestin.

La plus grande circonférence de la tumeur est de 11 c/m, son diamètre de 3 c/m 5, et sa longueur de 5 c/m.

L'examen microscopique d'un morceau pris à la base, montre que la séreuse était ici transformée en un tissu cicatriciel. Voisines de la séreuse, des fibres musculaires lisses sont rangées en séries parallèles : entre elles, un petit nombre d'éléments conjonctifs. Des débris glandulaires et de nombreux vaisseaux peuvent être reconnus, ces derniers surtout, au centre de la tumeur, qui présente là une structure lâche.

OBSERVATION IX

(HOLLANDER. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1896.)

MYOME DE L'INTESTIN. — ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON

Femme âgée de 79 ans, présentant fréquemment des accès d'occlusion intestinale. Dans ces derniers temps, l'intensité et la fréquence des phénomènes d'iléus s'étaient notablement accrus. Le jour de son entrée était le sixième jour d'une constipation absolue.

Laparotomie médiane. Une invagination de 15 c/m de longueur du colon, allant jusqu'à l'angle gauche du colon. Après la désinvagination, on constate dans l'intestin une tumeur polypeuse, grosse comme une prune.

Incision de l'intestin, ablation de la tumeur qui est un myome pur. Suture de l'intestin et de la paroi. Guérison.

OBSERVATION X

(ALBERT. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 26, 1896.)

MYOME SOUS-MUQUEUX DE L'INTESTIN

Une femme de 40 ans souffrait, depuis 6 mois, d'une façon intermittente de constipation et de diarrhée. La constipation était toujours accompagnée de fréquentes coliques.

Diagnostic. — Sténose chronique de l'intestin ; on ne sent nulle part de tumeur.

Opération. — Incision de la paroi abdominale au-dessus d'une hernie crurale droite. Aucun rapport entre la hernie et la sténose. En revanche, la main introduite tombe sur une anse intestinale et y sent une résistance en forme d'anneau. On pense à une invagination. On tente de la réduire complètement, mais, comme on n'y réussit pas tout à fait, on résèque tout le morceau d'intestin. A l'ouverture de l'anse réséquée, on trouve que cette résistance est produite par un myome sous-muqueux, pédiculé, gros comme une noix, qui, remplissant la lumière intestinale, avait produit les symptômes de sténose et, en même temps, avait donné lieu à une invagination.

OBSERVATION XI

(Docteur DELORE, *Lyon Médical*, 14 mai 1899)

RÉSECTION ILÉO-CŒCALE POUR UNE INVAGINATION DE L'INTESTIN GRÊLE DANS LE CŒCUM.

Femme de 36 ans, ayant eu deux enfants et jouissant d'une bonne santé ordinaire. Trois mois auparavant environ elle ressentit quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, constata, en ce point, la présence d'une tumeur et présenta les divers signes d'une obstruction incomplète : constipation

entremêlée; par intervalles, de quelques débâcles diarrhéiques. Ces phénomènes s'accroissaient progressivement.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, les douleurs devinrent plus vives et les signes d'obstruction s'accroissaient : météorisme, vomissements fécaloïdes.

On constatait, au moment de l'examen, le 10 mars, une tumeur mobile dans la cavité abdominale, grosse comme deux poings et développée manifestement sur le cœcum ; un météorisme, coïncidant avec la matité sur le trajet du gros intestin ; des vomissements fécaloïdes, un arrêt complet des gaz et des matières, une température de 38°5. La malade accusait, de plus, des hémorrhagies rectales légères et, à diverses reprises, des épreintes anales. Le toucher rectal et le toucher vaginal étaient absolument négatifs.

Le diagnostic probable posé fut : tumeur du cœcum avec obstruction.

Après la laparotomie pratiquée à droite, il ne s'écoula pas de sérosité. Nous trouvâmes la tumeur, qui était formée par le cœcum. La portion adjacente de l'iléon s'enfonçait dans un orifice très profond, dont le doigt ne pouvait atteindre le fond.

Par la palpation du cœcum, qui montra celui-ci rempli d'une masse pateuse par l'existence de l'orifice signalé (véritable télescopage de l'intestin), on reconnut qu'il s'agissait d'une invagination de l'intestin grêle dans le cœcum.

Aussi rapidement que possible, on pratiqua la résection intestinale, car le collet de l'invagination parut d'une vitalité douteuse. Le cœcum fut réséqué en avant, pour le même motif, sur une largeur égale à celle de la paume de la main.

Que fallait-il faire des deux bouts intestinaux ? Leur oblitération, suivie d'une anastomose, aurait été une manœuvre trop longue. Nous pratiquâmes, à l'exemple de Lejars, une réunion des deux bouts par une suture termino-latérale. La branche du cœcum était, en effet, beaucoup plus large que le diamètre du bout intestinal. Après l'abouchement, on dut terminer la suture de la partie cœcale non fermée par la

suture d'abouchement. C'est à cause de cette inégalité des diamètres des deux bouts que le bouton de Villard ne fut pas employé.

L'opération avait duré une heure. Cinq jours après, la malade allait bien. Elle avait fait, douze heures après l'opération, des gaz et des matières, et cette évacuation n'a pas cessé de se reproduire à diverses reprises.

Une élévation de température, due à un peu de rétention, s'est bientôt atténuée, car, suivant l'enseignement de M. Poncet, un large drainage avait été établi, grâce à un tamponnement à la Mikulicz.

On voit sur la pièce que la résection intestinale avait été de 80 à 90 centimètres. Le boudin d'invagination a une longueur de 30 centimètres, depuis la tête jusqu'au collet. On voit aussi, sur cette tête ou sur l'extrémité du boudin invaginé, une tumeur pédiculée du volume d'une petite pomme. Elle a entraîné l'invagination. C'est une tumeur sous-muqueuse, un myome, d'après l'examen histologique pratiqué par M. Louis Dor.

La malade est morte, trois semaines après, de péritonite chronique.

CONCLUSIONS

I^o Il existe une variété d'invagination intestinale qui est produite par les tumeurs de l'intestin. Ces tumeurs peuvent être de nature maligne. Ordinairement ce sont surtout les polypes intestinaux qui se compliquent d'invagination.

II^o Le poids de la tumeur, le passage des matières et le péristaltisme intestinal sont les éléments qui entrent en jeu pour expliquer la formation de ces invaginations. Pour Nothnagel, la tumeur détermine une contracture de l'intestin à son niveau ; cette contracture limitée constitue le premier temps de l'invagination, qui s'effectue suivant une théorie nouvelle, basée sur des recherches expérimentales.

III^o Parmi les polypes intestinaux qui peuvent se compliquer d'invagination, les myomes méritent une place importante, puisque nous avons pu en rassembler 45 cas. Ces myomes se divisent en myomes externes ou sous-péritonéaux, et en myomes internes ou sous-muqueux. Les myomes externes ne

s'accompagnent jamais d'invagination. Celle-ci est au contraire la complication la plus fréquente et la plus redoutable des myomes internes.

IV^o Au point de vue symptomatique, les myomes internes, comme tous les polypes intestinaux, après une période de latence variable, produisent d'abord de légers troubles dans la circulation des matières; ces troubles s'aggravent progressivement. A un moment donné apparaissent des signes d'occlusion soit aiguë, soit, le plus souvent, chronique, mais dans ce dernier cas généralement bien caractérisés, progressifs, coexistant avec une tumeur abdominale.

V^o Le pronostic de ces invaginations par tumeur est des plus graves : il est commandé par l'invagination.

VI^o Il est surtout intéressant de faire le diagnostic des invaginations chroniques avec la sténose cancéreuse ou avec la sténose tuberculeuse de l'intestin.

VII^o En fait, les hésitations possibles du diagnostic sont sans grande importance au point de vue chirurgical. Les indications opératoires sont tirées des signes d'occlusion aiguë ou chronique et de l'existence d'une tumeur abdominale.

L'enterotomie n'est ici qu'une opération de nécessité ; la laparotomie est la méthode de choix. Elle permet de tenter la désinvagination. Celle-ci est-elle possible sans être dangereuse, l'ablation du po-

type à l'aide d'une incision longitudinale qu'on suture ensuite constitue la conduite logique et rapide.

La désinvagination est-elle impossible, a-t-on des doutes sur la nature de la tumeur, l'intestin présente-t-il des lésions de sphacèle comme cela s'observait chez la malade opérée dans le service de M. le professeur Poncet et dont l'observation fut l'occasion de ce travail, alors l'entérectomie s'impose. On fera la résection en masse de tout le segment invaginé, suivie de réunion immédiate des deux bouts.

L'opération de Kœnig (incision de la gaine, résection de la tête du cylindre interne, entérorraphie circulaire, désinvagination de la portion restante), constitue un procédé économique indiqué dans les très longues invaginations.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PONCET.

Vu :

Pour le Doyen,
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- * ALBERT. — Submükoses Myom des Ileums. *Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 26, 1896.
- * BABES et NANU. — Ein Fall von Myosarcom des Dünndarms. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 7, 1897.
- * BERG. — Myoma recti. Rapport des Kgl. Seraphiner-lazarets zu Stockholm, p. 51, 1890.
- BESNIER. — De l'invagination intestinale. Th. de Paris, 1857.
- * BOETTCHER. — Polypöses Myom des Ileums. *Archiv für Heilkunde*, Jahrg. XI, p. 125, 1870.
- BOETTCHER. — Bemerkung ueber Darmmyom. *Virchow's Archiv.*, Bd. 104. p. 1, 10, 1886.
- BRAUER. — Ueber Darminvagination, Inaugural Dissertation, Greifswald, 1895.
- BRAUN. — Ueber die operative Behandlung der Darminvaginationen. *Archiv für Klin. Chirurgie*, Bd 33, a.
- * CARLIER et VON ESPT. — Myoïde du rectum ; extraction ; guérison. *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacologie de Bruxelles*, XXII, 140, 143, 1881.
- * CARO. — Myoma lævicellulare cysticum jejuni. *Berliner Klin. Wochens.*, n° 32, 1896.

* Les noms marqués d'une astérique correspondent aux observations de myomes de l'intestin.

CLOS. — De l'invagination intestinale par tumeurs. Th. de Paris, 1883.

* X. DELORE. — *Lyon Médical*, 14 mai 1899. Resection iléo-cœcale.

DUBREUIL. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1864. Polypes de l'intestin grêle.

* DUCHAUSSOY. — Anatomie pathologique des étranglements internes. *Mémoires de l'Académie de Médecine*, vol. 24, planche I, 1859.

* FENGER. — Benignant tumors of the ileum. Reprinted from. *Chicago The clinical Review*, déc. 1894.

* FERNET. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1863. Polype musculaire de l'intestin grêle.

* FLOERSHEIM. — Les myomes du tube digestif. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1896, II^e série, p. 374.

* FÖRSTER. — Fibroid der Muscularis des Ileums, *Virchow's Archiv*, Bd XIII, p. 270, 1858.

* GEISSLER. — Ein Fall von Stenosirung des Darmes durch Myoma jejuni. Inaug. Diss., Marburg, 1894.

* GROSSMANN. — Ueber primäre tumoren im Peritoneum, Netz und Mesenterium, und über einen Fall von primären Fibrom des grossen Netzes. Inaug. Diss., Halle, 1887.

HEISIG. — Ueber einen seltenen Fall von polypösen Dünndarm Fibrom. Inaug. Dissert., Greifswald, 1897.

T. HILLER. — Ueber Darmlipome. *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, Bd XXIV, Hft 2.

* HEURTAUX. — Myome du rectum. Myomes de l'intestin. *Archives provinciales de Chirurgie*, n^o 4, 1896.

* HOLLAENDER. — Myom des Darms; enterostomie; Heilung. *Centralblatt für Chirurgie*, 1896, p. 310.

JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin, 1898.

* KOENIG. — Lehrbuch der allgem. und speciellen Chirurgie. Bd III, p. 465, 1885.

KRUEGER. — Die primären Bindgewebsgeschwülzte des Magendarmcanals. Inaug. Diss., Berlin, 1884.

- * KRUEKENBERG. — Ein Fall von Myom des Colon ascendens. *Centralblatt für Gynecologie*, 1897, n° 52, p. 1515.
- * KUKULA. — Retrograde Incarceration durch ein gestielten Tumor des Dünndarms. *Wiener Klin. Rundschau*, n° 20, 1895.
- * LACHMANN. — Ueber Myome und Fibrome des Dickdarms. Inaug. Dissert., Breslau 1897.
- LEICHTENSTERN. — *Pragervierteljahrschrift der Prakt. Heilk.* tomes CXVIII et CXIX, 1873, 1874.
- LEJARS. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du cœcum compliquées d'invagination iléo-colique. *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, n° 6, déc. 1897.
- * LÖCKWOOD. — Polypus of small intestine associated with intussusception. *British medical Journal*, London 1892, p. 966.
- * LODE. — Ein subseröses Myom des Ileums. *Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 21 et 22, 1894.
- MAGDEBURG. — Zur Kenntniss der Darminvaginationen. Inaug. Diss., München, 1897.
- MATLAKOWSKI. — Ueber Resection des Blinddarms bei carcinomatöser Stenose. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1892.
- * NÉLATON. — *Eléments de Pathologie chirurgicale*, tome V, p. 643, 645, 2^e édition, Paris 1882.
- * NOTHNAGEL. — *Spez. Path. und Therapie*, Bd XVIII, 1 u. 2, 1896.
- * PÉAN. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, tome IV, Paris, 1899. — Polype musculaire de l'intestin grêle, page 715.
- * PELLIZARI. — Mioma del intestino. Societa med. fiorentina, 1874, rapporté par Menzel, *Centralblatt für Chirurgie*, 1875, n° 114, p. 223.
- * PETROW. — Zur Kasuistik der Dünndarmgeschwülste. *Annalen der Russischen Chirurgie*, 1898.
- * PFANNENSTIEL. — Ueber Myome des Dickdarms. Vortrag gehalten zu Leipzig am gynaekol. Kongress, 1897.

- RAFINESQUE. — De l'invagination intestinale chronique, 1878.
Thèse Paris.
- * RIEDINGER. — Deux cas de fibro-myome du gros intestin.
Centralblatt für Gynecologie, 27 août 1898.
- ITTER. — Ueber Invagination des Darmes, in Folge von malignen Tumoren. Inaug. Diss., Greifswald, 1895.
- * ROSI. — Contribuzione allo studio dei miomi dell'intestino e delle dell'appendice vermiforme. *Il Morgagni*, 1897, parte I, n° 3, p. 24.
- * RYDYGIER. — Zur Behandlung der Darminvaginationen,
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 42, 1896.
- * SALIN. — Myom i omentum majus med abcesbildug och perforation in i colon transversum.
1) *Verhandlingar in Svenska Läkaresallskajet*, 1895, p. 153-160.
2) *Hygiea*. Bd LVII, n° 12, referiert von *Leopold Meyer in Frommels Jahresbericht*, 1895, IX Jahrgang, p. 34.
- * SCHAEZTLER. — Zwei Fälle von Ileus. *Bayer, arztl. Intell. Blatt*, n° 12, 1871, p. 21.
- * SENN. — Myoma recti. *Woekley med. Rev.*, marz 1891 et *Centralblatt für Chirurgie*, p. 662, 1891.
- * STEINER. — Ueber Myome des Magendarmcanals. *Beitrage zur Klin. Chir.*, Bd. 22, 1898.
- * VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs.
- * WESENER. — Ueber ein telangiektatisches Myom des Duodenum von ungewöhnlicher Grösse, *Virchow's Archiv.*, Bd 36, p. 377, 1883.
- * WESTERMARK. — Ein Fall von myoma recti ein ovarial Kystom simulierend. *Scapel*, mai 1895, *Centralblatt für Gynecologie*, n° 1, p. I, 1896.
- WOLFF. — Ueber Geschwülste der Ileocæcalgegend. Inaugural Dissertation, Berlin, 1893.
- * ZUENSEL. — Beitrage zur Kenntniss der angeborenen Darmgeschwülste. *Nordisk. med. Arkiv.*, N. F. Bd IX, n° 30 et *Centralblatt für Chirurgie* 1899.

